Omaggio dell'a.

NUOVO PROCESSO OPERATIVO

PER LA CURA RADICALE

DELLE ERNIE INGUINALI

STATISTICA PERSONALE

delle prime cento operazioni

CON FIGURE CROMOLITOGRAFICHE

DEL

Dott. PAOLO POSTEMPSKI

Chirurgo Primario nell'Ospedale della Consolazione
Professore Pareggiato di Patologia e Clinica Chirurgica Propedeutica
nella R. Università di Roma

ROMA
Tipografia di Innocenzo Artero
Piazza Montecitorio, n. 124.

1891

I pericoli a cui è soggetto l'individuo affetto da ernía, l'incomodo non lieve che sotto molti rapporti si accoppia ai mezzi più comuni di fasciatura contentiva (cinti erniari), hanno spinto i chirurgi di ogni epoca a proporre ed eseguire atti operativi per guarire radicalmente gli erniosi.

Stimo inutile spendere molte parole per passare in rassegna i varii processi operativi, proposti fino ad oggi per l'anzidetta cura. Accennerò solamente ai principali, perchè alcuni sono completamente abbandonati, altri meritano appena di venire ricordati. (*Processi di invaginamento della pelle*, Gerdy, Wutger, Rothmund).

Tutti i chirurgi sanno che i processi operativi fino ad ora in uso sono fondati sopra il concetto di occludere l'anello esterno, servendosi o dell'escissione del sacco erniario, o della sutura dei pilastri, o della escissione del sacco e suture dei pilastri, o di connettivo neoformato per un processo di granulazione ottenuto ad arte sia intorno al collaretto del sacco, sia nel suo interno. (Czerny, Schede, Riesel, Socin, Lucas-Championniere, Steele, Koenig).

È facile immaginare come l'occlusione dell'anello esterno ottenuta con i processi sopraccennati, sebbene nell'atto opera-

tivo o poco dopo possa sembrare perfetta, non debba nella pluralità dei casi essere duratura; invero le condizioni anatomiche della regione in cui ha sviluppo l'ernia non si cambiano molto per il fatto della operazione, e l'intestino da una parte che fa pressione e la cicatrice dall'altra cedendo, l'ernia può ricostituirsi dopo breve tempo.

Ne fanno fede le statistiche pubblicate dallo stesso Trélat, il quale ha trovato una recidiva del 40 per cento negli operati di cura radicale dell'ernia con i varii processi fino ad oggi in uso più frequente.

Il prof. Bassini di Padova è stato il primo che, guidato da un concetto assolutamente diverso da quello di tutti gli altri chirurgi, ha proposto un processo operativo che risponde a molte indicazioni per la cura in discorso. Il processo del Bassini, come in Italia tutti conoscono, è fondato sopra un principio anatomico molto giusto. In molte ernie inguinali, a vero dire, non esiste più nè orifizio interno, nè parete posteriore del canale, ed è per questa ragione che tutti i processi operativi dal più antico (Guerin), al più moderno (Schede, Koenig), non possono guarire radicalmente l'ernia, perchè per essi non si modifica la struttura del tragitto percorso dall'ansa intestinale o dall'epiploon. Ora il Bassini col suo processo ricostruisce un canale inguinale sul tipo fisiologico, ma più resistente perchè la parete posteriore di questo nuovo canale è formata anche di piani muscolari. Non è questo il luogo di descrivere minutamente il processo del Bassini, ma egli è certo che le statistiche pubblicate dall'autore sono assai lusinghiere e migliori di quante se ne conoscano fino ad ora.

A me è sembrato che la ricostituzione di un nuovo canale inguinale, sia pure con parete posteriore più resistente, con orifizii situati in modo sfavorevole per l'uscita dei visceri, non possa garantire assolutamente dalla produzione, non dirò di una recidiva, ma di una nuova ernia, la quale potrebbe seguire la nuova strada costruita dal chirurgo.

Si è per queste considerazioni che io proposi al Congresso della Società Italiana di Chirurgia nell'adunanza di Bo-

logna (1888) un nuovo processo operativo per la cura radicale delle ernie inguinali, processo, m'affretto a dichiararlo, sortomi in mente in conseguenza di quello del Bassini.

Questo processo ha per concetto, non la ricostituzione del canale inguinale a tipo fisiologico, ma la distruzione completa del canale inguinale.

Per la minuta descrizione del processo operativo prenderò per tipo l'ernia inguinale obliqua esterna acquisita e già discesa nello scroto, come quella che più chiaramente si presta ad essere rappresentata con figure semischematiche.

Ecco in che consiste:

Con una incisione parallela e distante circa due centimetri dalla piega inguinale deve porsi allo scoperto l'ap. del gr. obl. per un tratto che oltrepassi l'anello esterno e l'interno di due centimetri, per modo che, disegnando sulla pelle la lunghezza di questa incisione, essa incomincia a due o tre dita trasverse dalla cresta iliaca anteriore superiore e sorpassa in basso di altrettanto l'anello inguinale esterno.

Questa incisione mette allo scoperto oltre che l'ap. del m. gr. obl., i due pilastri dell'anello inguinale esterno e porzione del sacco erniario con i suoi invilippi accessorii.

Fatta l'emostasi esattamente, deve dissecarsi la pelle fino a scoprire bene il lig. di Falloppio, per procedere quindi alla incisione dell'ap. del gr. obliq. incominciando dal pilastro esterno il più vicino possibile del leg. di Falloppio. Questa incisione deve prolungarsi oltre l'anello interno per un centimetro circa. L'aponevrosi del m. gr. obl. dopo incisa si lascia dissecare con il solo sussidio del dito, e deve scollarsi tanto quanto basta per esser trasportata in basso, in modo da occludere l'apertura esterna del canale; non può darsi per questa dissezione una regola fissa poichè dev' essere tanto più estesa per quanto più dilatato è l'anello esterno. Raramente occorre di dover incidere l'inserzione pubica di detta aponevrosi.

Tratta in alto da un uncino l'ap. del m. gr. ob. deve incidersi il m. picc. obl. nel modo stesso dell'ap. del m. gr.

obl. e identicamente il m. trasv. e la fascia verticalis, in modo da preparare esattamente lo strato grassoso properitoneale e scoprire naturalmente l'art. epigastrica.

Anche queste incisioni debbono avere la lunghezza delle incisioni dell'ap. del m. gr. obl. e la divisione di questi strati aponevrotici muscolari deve essere proporzionale alla ampiezza dell'anello esterno, poichè deve esser possibile condurre in basso tanto il pic. obl. quanto il trasverso e la fascia verticalis senza stiramento sensibile.

Non rimane ora che eseguire la preparazione del sacco, e facilmente in questo tempo dovrà asportarsi il m. cremastere, che imbarazza nell'esecuzione esatta dell'atto operativo. Isolato bene il sacco erniario fino al di là del suo collaretto, lo si apre per assicurarsi che nè l'epiploon, nè l'intestino siano aderenti alla sua superficie interna, e dopo averlo compresso in un klemmer si torce, si sutura sotto al klemmer e si escide. La sutura io soglio praticarla mettendo un punto a croce sul sacco attorcigliato sotto il klemmer.

Non appena si è escisso il sacco, notasi che il peduncolo si ritira nel piccolo bacino, ed io soglio polverizzarlo con iodoformio prima di abbandonarlo.

Assicurata una perfetta emostasi si procede all' isolamento esatto e dolce del cordone o dei suoi elementi, isolamento che nei casi di ernia congenita è quasi fatto nel tempo stesso della preparazione del sacco.

Qualunque venuzza del cordone, che per caso venisse lacerata, deve legarsi.

Isolato bene il cordone o i suoi componenti, si circondano questi con un pezzo di garza e si spostano in basso ed in alto per procedere alla sutura degli strati dissecati con il ligamento del Falloppio

La sutura viene fatta con catgut forte a punti staccati e incomincia dall'alto in basso. L'ago deve procedere con questo ordine: Apon. del m. gr. ob'. — piccol. obl. — trasverso — fascia verticalis — ligamento di Falloppio.

Ogni punto deve distare dall'altro mezzo centimetro, deve

comprendere un centimetro di tessuti, misurando dai margini della linea d'incisione. Un secondo strato di sutura è quasi sempre necessario; i punti di questo secondo strato di sutura sono messi fra i primi e servono ad assicurare meglio un perfetto contatto fra le parti divise.

Non rimane ora che la sutura della pelle e connettivo sottocutaneo, dopo aver posto il funicello spermatico sopra la sutura dell'ap. del m. gr. obl. Il funicello trova passaggio dall'angolo superiore della incisione, e deve curarsi che questa apertura non sia insufficiente, poichè allora gli elementi del cordone evidentemente potrebbero soffrirne. Di questa insufficienza però è facile rendersene conto, poichè se si verifica, le vene del cordone si inturgidiscono immediatamente, ed in questo caso basta, per eliminare ogni possibile impedimento al circolo, togliere il punto più vicino all' apertura o sbrigliare trasversalmente l'ap. del m. gr. obl.

La sutura della pelle io soglio farla a due strati ed a punti staccati con catgut n° 1. Il primo strato perduto comprende l'aponevrosi superficiale d'inviluppo, il secondo la pelle. Non uso il drenaggio.

Questo processo si rende un poco più difficile nell'esecuzione se trattasi di ernie congenite comunicanti con la vaginale del testicolo, ma anche in questi casi il chirurgo un poco sperimentato potrà sempre formare ed isolare il sacco e radunare gli elementi del cordone per quanto siano sparpagliati.

Nelle femmine il processo è identico, solo si semplifica di molto perchè il ligamento rotondo si escide, il resto delle incisioni e suture è uguale.

Ora ecco i risultati della mia pratica personale, riassunti nei seguenti quadri statistici:

Numero	NOME, PROFESSIONE, ETA'	DATA della operazione	DIAGNOSI
1	Albanesi Bartolo, commesso, 36	9 ottobre 87	Ernia ing. dest. obliq. est. cong.
2	Barottini Luigi, bracciante, 27	19 ottob. 87	» » » » »
3	Sestili Giuseppe, carrettiere, 22	30 aprile 88	» » sinistra » »
4	Bonanni Francesco, facchino, 43	6 magg. 88	» » destra » acquisita
5	Maggi Salvatore, operaio, 52 .	4 ottobre 88	» » » » »
6	Di Bonella Gaspare, cuoco, 51.	5 dicem. 88	» » » » congen.
7	Lastrucci Lorenzo, carrett., 50	12 genn. 89	» » » » acquisita
8	Bellincampi Gius., calderaio, 56	22 genn. 89	» » » » congen.
9	Dinelli Gaspare, cavallerizzo, 24	23 genn. 89	» » sinistra » acquisita
10	Tomei Antonio, bracciante, 33	28 genn. 89	» » » » »
11	Bastelli Giov., carrettiere, 40 .	1 febbr. 89	» » » » congen.
12	Cellesi Frances., computista, 46	21 febbr. 89	» » destra » acquisita
13	Caviaconti Giov., bracciante, 49	27 aprile 89	» » » » »
14	Carletti L., fabbro-ferraio, 62 .	2 maggio 89	» » » » »
15	Id. id.	»	» » sinistra » »
16	Solferino Alessandro, operaio, 19	4 maggio 89	» » destra » congen.
17	Morsio Rocco, tipografo, 34 .	6 maggio 89	» » » » acquisita
18	Id. id	»	» » sinistra » »
19	N. N.	11 giug. 89	» » destra » acquisita
20	Di Marco F., manuale, 23. .	15 giug. 89	» » sinistra » congen

ESITO	*OSSERVAZIONI*
Guarigione 10 novembre 1887	
» 19 dicembre 87	Il sacco erniario molto spesso era aderente alla vaginale. — L'ernia era irriducibile.
» 9 maggio 88	L'ernia era strozzata. Il testicolo atrofico era ectopico. — Recidivò nel dicembre 1890.
» 18 luglio 88	
Morto 29 ottobre 88	Si trattava di un vero eventramento. La morte si dovette ad un fatto setticoemico in seguito ad infiltrazione urinosa. L'ammalato era indocile ed orinava nelle medicature.
Guarigione 17 gennaio 89	
» 18 marzo 89	L'ernia era voluminosa e dolorosa.
» 7 febbraio 89.	
» 12 febbraio 89	L'ernia era dolorosa.
» 27 febbraio 89	» » »
» 16 febbraio 89	
Morto 23 febbraio 89.	L'ernia era strozzata Si resecaronò 25 cent. d'intestino. - Un punto della sutura intestinale venne meno. - Peritonite settica.
Guarigione 8 giugno 89.	Recidivò.
» 10 agosto 89	Recidivò nell'agosto.
» »	Si trattava di un vero eventramento.
» 16 giugno 89.	
» 16 giugno 89.	Esisteva un varicocele voluminoso che fu operato con l'escissione.
» »	
» 30 giugno 89	
» 28 luglio 89	

Numero	NOME, PROFESSIONE, ETA'	DATA della operaziove	DIAGNOSI
21	Giacomazzi Emilio, facchino, 55	24 giug. 89	Ernia ing. sinist. obbl. est. cong.
22	Id id.	»	» » destra » congen.
23	Ricci N., meccanico, 18 . .	27 giug. 89	» » » » congen.
24	Molini Giovanni, studente, 17.	3 luglio 89	» » sinist. obliq. int. acq.
25	Iacobelli Aug., fabbro-ferraio, 17	14 luglio 89	» » dest. obliq. est. cong.
26	Moscardi Fr., legatore di libri, 30	15 luglio 89	» » sinistra » acquisita
27	Santonico Romualdo, fornaio, 16	27 luglio 89	» » destra » congen.
28	Faustini G., legatore di libri, 20.	27 luglio 89	» » sinistra » »
29	Leoni C., manuale, 23 . .	30 luglio 89	» » destra » »
30	Fozzi U., calzolaio, 12 . .	15 agost. 89	» » sinistra » acquisita
31	Bianchi A., bracciante, 41 .	18 agosto 89	» » destra » »
32	Fattinanzi Giov., facchino, 33.	9 settem. 89	» » » » »
33	Id. id.	»	» » sinistra » »
34	Sisia Giuseppe, garzone, 21 .	17 settem 89	» » » » »
35	P. G.	2 ottob. 89	» » destra » congen.
36	Bartoli Luigi, tipografo, 31 .	22 ottob. 89	» » sinistra » »
37	Melisi Luigi, oste, 41 . .	2 novem. 89 ore 3 pom.	» » sinistra » acquisita
38	Petrosilli T., negoziante, 25 .	13 novem. 89	» » destra » congen.
39	Cantini G., parrucchiere, 35.	15 novem. 89	» » sinistra » »
40	Bianchi E., meccanico, 32 .	20 dicem. 89	» » destra » »

ESITO	OSSERVAZIONI
Guarigione 19 luglio 89.	Si operarono le due ernie contemporaneamente.
» »	
» 30 luglio 89.	
» 21 luglio 89.	
» 15 settembre 89.	Recidivò nell'agosto.
Morto 16 luglio 89.	Nella regione dell'ernia l'infermo aveva una contusione grave per un calcio di mulo. Si riscontrò una chiazza necrotica in un ansa del tenue. - Peritenite settica.
Guarigione 19 agosto 89.	L'infermo aveva nello stesso lato un'ernia crurale.
» 3 settembre 89.	
» 25 agosto 89.	L'ernia era strozzata e l'intestino in buone condizioni.
» 10 settembre 89.	
» 30 settembre 89.	Nel gennaio 90 si operò a sinistra.
» 15 dicembre 89.	
» 15 dicembre 89.	
» 10 novembre 89.	
Morto 7 ottobre 89.	La morte avvenne per paralisi cardiaca. Il cuore era in degenerazione grassa.
Guarigione 15 dicembre 89.	
Morte 2 novembre 89 ore 10 pomeridiane.	L'ernia era gangrenata, e fu resecato 1 metro e 50 cent. di intestino con chiazze necrotiche. Un punto venne meno. - Peritonite settica.
Guarigione 12 dicembre 89.	
» 16 dicembre 89.	
» 15 gennaio 90.	Recidivò nell'agosto 90 ed aveva ectopia del testicolo nel canale d'ambe le parti

Numero	NOME, PROFESSIONE, ETA'	DATA della operazione	DIAGNOSI
41	Bart A., droghiere, 22 . .	20 dicem. 89	Ernia ing. dest. obliq. int. acq.
42	Amati S., maestro, 36 . .	28 dicem. 89	» » sinistra » acquisita
43	Allegrini G., cocchiere, 22	23 genn. 90	» » destra » congen.
44	Id id. . . .	»	» » sinistra » »
45	Panizza D., guardia daziaria, 26	26 genn. 90	» » » » »
46	Bianchi Antonio, bracciante, 41	30 genn. 90	» » » » »
47	Di Falco G., scalpellino, 20 .	3 febbr. 90	» » » » »
48	Donati R., carrettiere, 21. .	6 febbr. 90	» » » » »
49	Pellegrini A, cantoniere, 20 .	7 febbr. 90	» » » » »
50	Id. id.	»	» » destra » »
51	Piacentini B., stagnaro, 19 .	16 febbr. 90	» » » » »
52	Pensuti F., stagnaro, 24. .	3 marzo 90	» » sinistra » »
53	Donati R., carrettiere, 21. .	7 marzo 90	» » » » »
54	Bonella G., cuoco, 53 . .	1 aprile 90	» » sinist. obliq. est. acq.
55	Barantini L., stuccatore, 30 .	27 aprile 90	» » destra » congen.
56	Santini G., id., 17 . .	30 aprile 90	» » » » »
57	N N.	1 maggio 90	» » » » »
58	Bacci L., facchino, 44 . .	14 magg. 90	» » » » acquisita
59	Torolli Agostino, scalpellino, 27.	22 maggio 90	» » » » »
60	Id. id. . . .	»	» » sinistra » »
61	Panfurti G., facchino, 26. .	25 magg. 90	» » » » »
62	Id. id. . . .	»	» » destra » »

ESITO	OSSERVAZIONI
Guarigione 25 gennaio 90	
» 10 febbraio 90.	
» 20 febbraio 90.	
» 20 febbraio 90.	
» 20 febbraio 90	
» 30 febbraio 90.	Nell'agosto 89 si era operato a destra
» 23 febbraio 90.	
» 23 febbraio 90	
» 4 marzo 90.	
» 4 marzo 90.	
» 2 marzo 90.	
» 4 aprile 90.	In questo infermo si ruppe il canale deferente e si ebbe la perdita del testicolo.
» 10 aprile 90.	
» 30 aprile 90.	Si trattava di un eventramento, si escise una parte dello scroto a forma di losanga.
» 1 giugno 90.	
» 1 giugno 90.	
» 20 giugno 90.	
» 15 giugno 90.	
» 20 giugno 90	
» »	
» 1 luglio 90.	
» 1 luglio 90.	

Numero	NOME, PROFESSIONE, ETA'	DATA della operazione	DIAGNOSI
63	Onesimo T. falegname, 23 .	12 giug. 90	Ernia ing. dest. obliq. est. cong.
64	Ranucci R., stagnaro, 17 .	22 giug. 90	» » » » »
65	Piacentini B., id., 19. . .	1 luglio 90	» » sinistra » »
66	Rinaldi G., falegname, 27 .	25 luglio 90	» » destra » »
67	Chianchio F., falegname, 18 .	1 agosto 90	» » » » acquisita
68	Campagna F., cuoco, 54 . .	4 agosto 90	» » sinistra » »
69	Michetti G., modellatore, 31 .	9 agosto 90	» » destra » congen.
70	Id. id. . . .	»	» » sinistra » »
71	Pagano Giuseppe, 25 . .	26 agosto 90	» » destra » »
72	Venzi Raimondo, 17. . .	2 settem. 90	» » » » »
73	Id. id. . . .	»	» » sinistra » »
74	Rossi Salvino, 9. . . .	4 settem. 90	» » destra » »
75	Quattrocchi Pietro, cuoco, 23.	6 settem. 90	» » » » »
76	id. id. . . .	»	» » sinistra » »
77	Candi Nunziata, domestica, 26.	14 settem. 90	» » destra » »
78	Vischia V., contadino, 21. .	16 settem. 90	» » » » »
79	Piccinilli D., 35. . . .	19 settem. 90	» » » » »
80	Renzoni Maria, stiratrice, 22 .	21 settem. 90	» » » acquisita .
81	Frezza L., cocchiere, 23 . .	27 settem. 90	» » » obl. est. acq.
82	Piperno P., negoziante, 23. .	29 settem. 90	» » » » congen.
83	Ulami Luigi, contadino, 21. .	»	» » » » »
84	P. S.	1 ottobre 90	» » » » »
85	id. id. . . .	»	» » sinistra » »

ESITO		OSSERVAZIONI
Guarigione	15 luglio 90.	
»	12 luglio 90.	
»	29 luglio 90.	
»	5 agosto 90.	
»	30 agosto 90.	
»	15 settembre 90.	
»	25 settembre 90.	
»	»	
»	30 settembre 90.	
»	20 ottobre 90.	
»	»	
»	10 ottobre 90.	
»	13 ottobre 90.	
»	»	
»	6 ottobre 90.	
»	5 ottobre 90.	
»	30 ottobre 90.	
»	12 ottobre 90.	
»	15 ottobre 90.	
»	20 ottobre 90.	
»	29 ottonre 90.	
»	30 ottobre 90.	
»	30 ottobre 90.	

Numero	NOME, PROFESSIONE, ETA'	DATA della operazione	DIAGNOSI
86	Proietti E., 11	4 ottobre 90	Ernia ing. dest. obliq. est. cong.
87	S. A.	6 ottobre 90	» » » » »
88	Mazzanti M., imbianchino, 50 .	7 ottobre 90	» » » » acquisita
89	A. D.	15 ottobre 90	» » » » congen.
90	Iacobelli A., fabbro, 12 . .	16 ottobre 90	» » sinistra » »
91	Proietti Alberto, 6 . . .	17 ottobre 90	» » destra » »
92	Rotimen Basilio, 40 . . .	23 ottobre 90	» » » » »
93	Id. id. . . .	»	» » sinistra » »
94	Montenori A., vetturino, 27. .	27 ottobre 90	» » » » »
95	Vona V., fornaio, 30. . .	30 ottobre 90	» » » » »
96	Ferranti M., fruttivendolo, 19.	2 novem 90	» » » » »
97	Cantonetti V., fornaio, 22 .	21 novem. 90	» » destra » »
98	Vitale D., vignarolo, 34 . .	22 novem. 90	» » » » »
99	I. C.	5 dicem. 90	» » » » »
100	Apolloni G., possidente, 22 .	21 dicem. 90	» » sinistra » »

ESITO	OSSERVAZIONI
Guarigione 30 ottobre 90.	
» 26 ottobre 90.	
» 29 novembre 90.	L'ernia era infiammata.
» 30 ottobre 90.	
» 6 novembre 90.	
» 10 novembre 90.	
» 20 novembre 90.	
»	
» 27 novembre 90.	
» 2 dicembre 90.	
» 30 novembre 90.	
» 25 dicembre 90.	
» 25 dicembre 90.	
» 25 dicembre 90.	
» 30 dicembre 90.	

La recidiva notata in cinque dei casi riportati corrisponde in tre a suppurazioni parziali di qualche punto in due a casi in cui io credeva poter non escidere il sacco, e sempre l'ho notata dove corrisponde l' uscita del cordone, cioè all'estremo superiore della cicatrice. Però tutti e cinque questi recidivi furono da me rioperati, in due dovetti escidere il sacco, in tre bastò la sutura della parete addominale. Ottenni in tutti guarigione stabile.

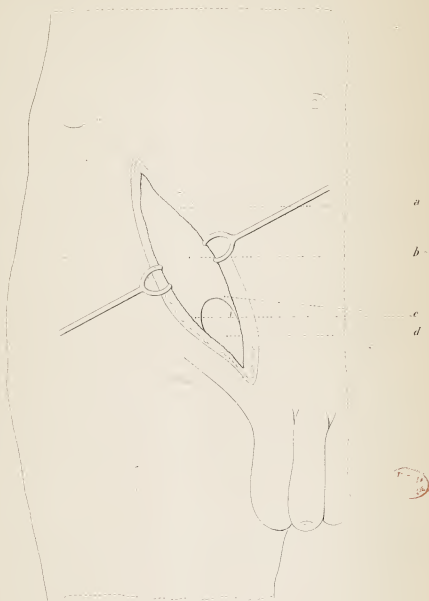
Ora io non pretendo menomamente che questo processo dia costantemente buoni risultati, ma sono convinto che, allorquando *si sa bene eseguire* e quando si ottiene una cicacitre p. p. in tutta l'estensione della ferita, esso possa considerarsi come uno dei migliori. Il tempo darà l'ultimo verdetto.

Riguardo ai cinque casi di morte, è chiaro come l' insuccesso non sia da attribuirsi all'atto operativo.

Noto pure come nessuno dei miei operati abbia risentito danni nei testicoli, sia per la loro nutrizione e funzionalità, sia per sensazioni dolorose a causa di stiramenti o compressioni.

In un sol caso ebbi la disgrazia di rompere il canale deferente nell'atto dell'operazione.

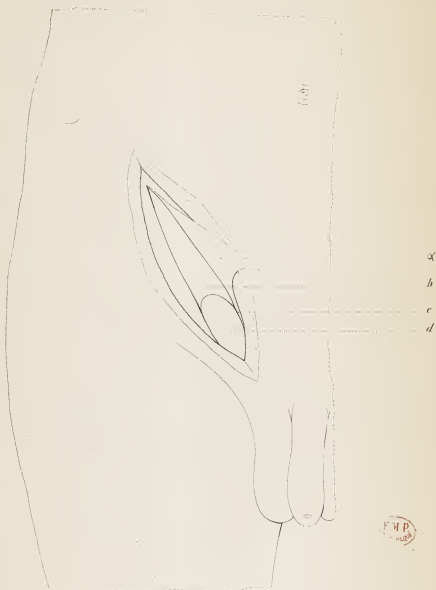
Risulta pure dalle mie osservazioni come la forma congenita sia la più comune, e come la direzione dell'ernia sia più di frequente, anzi quasi sempre obliqua esterna.

Tav. 1.

(a) *Incisione della pelle e del connettivo sottocutaneo aponeurosi comune superficiale ad*

(b) *Aponeurosi del m. grande obliquo*

(c) *Pilastri sup. ed inf. del canal inguinale*

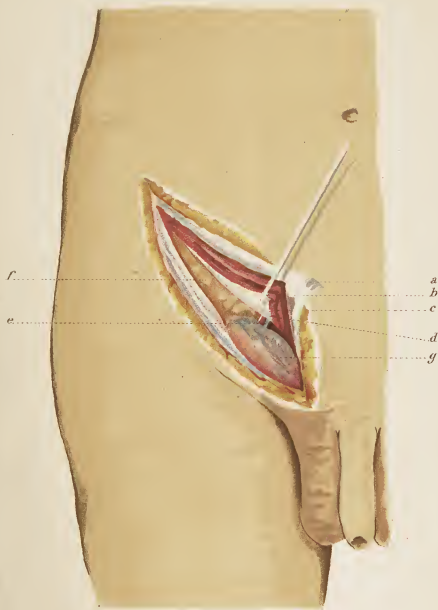
(d) *Sacco erniario*

Tav. 2.

(a) *Aponeurosi del m. grande obliquo incisa e dissecata, vicino al ligamento di Falloppio*

(b) *Muscolo piccolo obliquo*

(c) *Ligamento di Falloppio*

(d) *Sacco erniario*

Tav. 3.

(a) *Aponeurosi del m. grande obliquo dissecato e tratto in alto*

(b) *Muscolo piccolo obliquo dissecato e tratto in alto*

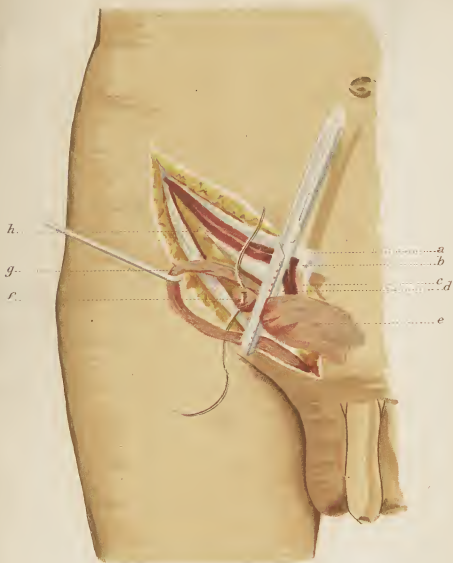
(e) *Muscolo trasverso dissecato e tratto in alto*

(d) *Fascia verticalis dissecata e tratta in alto*

(c) *Vasi epigastrici*

(g) *Sacco erniario*

(f) *Grasso praperitoneale*

Tav. 4.

a.b.c d) Strati aponeurotici muscolari dissecati e tratti in alto

(e) Sacco erniario isolato

(f) Porzione del sacco erniario girato su se stesso, prêso da un Klemmer e punto passato a croce

(g) Funicello spermatico tratto in alto e all' esterno

(h) Grasso properitoneale

Tav. 5.

d
a
b
c

(a) *Strati aponeurotici muscolari*
(b) *Ligamento di Falloppio*
(c) *Funicello spermatico*
(d) *Punti di sutura che comprendono gli strati aponeurotici muscolari (a) e il ligamento Falloppiano (b).*